

Objawy zaburzeń związanych z seksualnością w grupie kobiet z nadwagą i otyłością

Symptoms of sexuality-related disorders in the group of overweight and obese women

Anna Fuksiwicz¹, Barbara Kostecka², Emilia Kot^{3*}, Aleksandra Jodko-
Modlińska², Katarzyna Kucharska¹

¹ Instytut Psychologii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

² II Klinika Psychiatryczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny

³ Klinika Nerwic, Zaburzeń Osobowości i Odżywiania,
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Summary

Aim. The aim of the study was to assess the presence of symptoms of sexuality-related disorders (S-RD) in a group of overweight and obese women and the relationship of these symptoms with maladaptive attitudes and beliefs about food, the severity of anxiety and depressive symptoms, alcohol consumption, difficulties in emotional regulation, and the general quality of life.

Method. The study group (SG) consisted of 44 overweight/obese women, the control group (CG) consisted of 51 women with normal body weight, all aged 18–40 years. The following were used: *Sexological Questionnaire*, *Eating Attitude Test*, *Eating Beliefs Questionnaire*, *Alcohol Use Disorder Identification Test*, *Hospital Anxiety and Depression Scale*, and the *Quality of Life Questionnaire*.

Results. SG showed more severe S-RD symptoms, including sexual dysfunctions and sexual preferences disorders, as compared to CG. In the SG there were more significant correlations between S-RD and the studied variables, especially in the area of difficulties with emotional regulation. Negative and permissive dietary beliefs were significant for S-RD in SG, while positive beliefs were significant in CG. Additionally, the number of S-RD symptoms predicted the quality of life.

Conclusions. The results indicate a relationship between excessive body weight and greater severity of S-RD symptoms, as well as a relationship between the symptoms of S-RD with clinical variables and with the quality of life. Further research exploring the mechanisms of the observed relationships is necessary.

Słowa kluczowe: otyłość, zaburzenia seksualne, jakość życia

Key words: obesity, sexual disorders, quality of life

Wstęp

Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO) wskazuje, że obecny odsetek osób z otyłością w populacji europejskiej nosi cechy epidemii. Problem nadwagi i otyłości dotyczy 59% osób dorosłych, a rozpowszechnienie samej otyłości może wynosić około 23% [1]. Nadmierna masa ciała istotnie zwiększa ryzyko chorób takich jak cukrzyca typu 2, choroby układu krążenia czy niektóre rodzaje nowotworów [2]. Otyłość najczęściej występuje pod postacią spowodowaną nadmierną podażą energetyczną, która w aktualnie obowiązującej jeszcze w Polsce klasyfikacji ICD-10 została opatrzona kodem E66.0 [3].

Otyłość może wpływać negatywnie na jakość funkcjonowania somatycznego, ale również psychicznego i interpersonalnego [4]. Wykazano istotne, dwukierunkowe powiązania między otyłością a nasileniem m.in. objawów depresyjnych i lękowych [5] oraz zaburzeń odżywiania [6]. U osób z otyłością, szczególnie kobiet, już w dzieciństwie obserwuje się zmniejszone poczucie własnej wartości i pewności siebie, brak aprobaty swojego wyglądu oraz negatywny obraz własnego ciała [7]. Wykazano również, że osoby te mają deficyty w zakresie regulacji emocji i obniżoną zdolność do identyfikowania i prawidłowej interpretacji sygnałów pochodzących z ciała, które mogą prowadzić do przejadania się i wzrostu masy ciała [8].

Problem obniżonej jakości życia seksualnego może dotyczyć 67% osób z nadmierną masą ciała [9]. Choć dostępne są pojedyncze badania z zakresu zaburzeń związanych z seksualnością u kobiet z otyłością, zazwyczaj obejmują one specyficzne populacje (np. przed operacją bariatryczną/po operacji bariatrycznej [10]) bądź skupiają się na grupach osób, u których otyłość jest tylko jednym z aspektów szerszego obrazu klinicznego (np. na grupach kobiet z PCOS [11]). Brakuje też badań, które oprócz obecności wspomnianych zaburzeń oraz poziomu objawów lękowo-depresyjnych (zob. np. [10, 12]) oceniałyby jednocześnie jakość życia kobiet i stosowane przez nie strategie regulacji emocjonalnej, a także przekonania na temat jedzenia, które mogą prowadzić do spożywania go w nadmiernych ilościach. Dlatego głównym celem niniejszego badania była ocena wymienionych obszarów oraz powiązań między nimi w grupie kobiet z nadwagą i otyłością, w odniesieniu do grupy kontrolnej kobiet z prawidłowym wskaźnikiem masy ciała (*Body Mass Index* – BMI). Ponieważ szereg badań naukowych wskazuje na związek zaburzeń seksualnych z poziomem jakości życia kobiet z różnymi rozpoznaniem (np. [13–15]), kolejnym celem była weryfikacja roli masy ciała i objawów zaburzeń związanych z seksualnością w przewidywaniu poziomu jakości życia.

Material

Ze względu na pandemię wirusa SARS-CoV-2 badanie kwestionariuszowe przeprowadzono internetowo. Rekrutacja odbywała się z użyciem komunikatorów społecznościowych oraz przez fora internetowe zrzeszające osoby zmagające się z nadwagą/otyłością. Grupa kontrolna została dobrana adekwatnie do grupy badanej pod względem wieku, wykształcenia, statusu zawodowego i miejsca zamieszkania.

Zbadano 111 kobiet w wieku 18–40 lat. Osoby z diagnozą zaburzeń endokrynologiczno-ginekologicznych, zaburzeń odżywiania, zaburzeń osobowości, zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych oraz uzależnień zostały wykluczone z analiz na podstawie informacji zawartych w ankiecie socjodemograficznej (dotyczącej m.in. występowania zaburzeń psychicznych i zaburzeń endokrynologiczno-ginekologicznych) oraz wysokich wyników uzyskanych w zastosowanych w niniejszym badaniu przesiewowych skalach klinicznych, stanowiących dodatkową weryfikację. Ostatecznie w analizie uwzględniono odpowiedzi 95 kobiet – 32 kobiet z otyłością i 12 kobiet z nadwagą (grupa badana) oraz 51 kobiet z prawidłowym wskaźnikiem masy ciała (grupa kontrolna). Nie zaobserwowano istotnej statystycznie różnicy w zakresie wieku oraz poziomu wykształcenia między badanymi grupami.

W grupie badanej średnia wieku wynosiła 25,50 lat ($SD = 5,40$). W większości były to kobiety z wykształceniem wyższym (45,5%) bądź średnim (50,0%), żyjące w dużym mieście (65,9%), aktywne zawodowo (40,9%) lub/i studiujące (52,3%). Średnia dla wskaźnika BMI w grupie badanej wynosiła 34,14 ($SD = 6,14$).

W grupie kontrolnej średnia wieku wynosiła 23,27 lat ($SD = 2,79$). W większości były to kobiety z wykształceniem wyższym (49,0%) bądź średnim (51,0%), żyjące w dużym mieście (66,7%), aktywne zawodowo (60,8%) lub/i studiujące (39,2%). Średnia dla wskaźnika BMI wynosiła 21,31 ($SD = 1,59$).

Metoda

Test postaw wobec jedzenia

Test postaw wobec jedzenia (Eating Attitude Test – EAT-26 [16]) składa się z 26 pozycji ocenianych na skali od 1 do 6, która odzwierciedla częstotliwość konkretnych doświadczeń. Uzyskanie wyniku powyżej 20 punktów świadczy o szkodliwych zachowaniach żywieniowych i dużym prawdopodobieństwie występowania zaburzeń odżywiania.

Kwestionariusz przekonań dotyczących jedzenia

Kwestionariusz przekonań dotyczących jedzenia (Eating Beliefs Questionnaire – EBQ-18 [17]) składa się z 18 pozycji służących do oceny przekonań na temat jedzenia, pogrupowanych w podskale: przekonania negatywne, pozytywne i przyzwalające. Oceny dokonuje się na skali od 1 do 5, przy czym większa liczba uzyskanych punktów świadczy o większym nasileniu patologii w zakresie przekonań dotyczących jedzenia.

Szpitalna skala lęku i depresji

Szpitalna skala lęku i depresji (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS [18]) składa się z 14 pozycji, z których 7 służy do oceny poziomu objawów lękowych, a pozostałe 7 – poziomu objawów depresyjnych. Oceny dokonuje się na skali od 0 do 3. Wyższa liczba uzyskanych punktów świadczy o większym nasileniu objawów.

Test rozpoznawania problemów alkoholowych

Test rozpoznawania problemów alkoholowych (Alcohol Use Disorder Identification Test – AUDIT [19]) służy do oceny ryzyka spożywania alkoholu w sposób szkodliwy. Składa się z 10 pytań. Uzyskanie od 1 do 7 punktów sugeruje konsumpcję alkoholu o niskim ryzyku, uzyskanie co najmniej 8 punktów sugeruje ryzykowne spożywanie alkoholu, a wynik wynoszący co najmniej 15 punktów wskazuje na istnienie prawdopodobieństwa uzależnienia. Przy podwyższonych wynikach wskazana jest konsultacja u specjalisty.

Kwestionariusz seksuologiczny

Kwestionariusz seksuologiczny (KS [20]) zawiera 30 pozycji, które służą do samodzielnej oceny występowania objawów zaburzeń wyszczególnionych w klasyfikacji ICD-10 w kategoriach: dysfunkcje seksualne (F52), zaburzenia identyfikacji płciowej (F64), zaburzenia preferencji seksualnych (F65) oraz zaburzenia psychologiczne i zaburzenia zachowania związane z rozwojem i orientacją seksualną (F66). Odpowiedzi udziela się poprzez ocenę częstotliwości danego doświadczenia (np. suchości pochwy). Wyższe wyniki oznaczają większą liczbę objawów w danej kategorii. Wynik ogólny odzwierciedla łączną liczbę objawów.

Kwestionariusz oceny jakości życia

Kwestionariusz oceny jakości życia (Quality of Life SF-36 Questionnaire – the Polish version – SF-36 [21]) służy do subiektywnej oceny jakości życia. Składa się z 11 pytań zawierających 36 stwierdzeń. Odpowiedzi udziela się przez wybór najbardziej pasującego wariantu. Na podstawie tego narzędzia możliwe jest wyliczenie zarówno ogólnego indeksu jakości życia, jak i osobnego wyniku dla jej wymiaru mentalnego oraz fizycznego. Uzyskanie większej liczby punktów wiąże się z niższą jakością życia.

Kwestionariusz trudności w regulacji emocji

Kwestionariusz trudności w regulacji emocji (Difficulties in Emotion Regulation Scale – DERS [22]) składa się z 36 pozycji pogrupowanych w następujące podskale: „brak świadomości emocji”, „brak klarowności emocjonalnej”, „trudności kontroli impulsów”, „trudność w angażowaniu się w celowe zachowania”, „brak akceptacji reakcji emocjonalnych”, „ograniczony dostęp do strategii regulacji emocjonalnej”. Oceny dokonuje się na skali od 1 do 5, która odzwierciedla częstotliwość konkretnych doświadczeń. Wyższy wynik oznacza większe nasilenie danej trudności.

Analizy statystyczne

Analizy statystyczne przeprowadzono z użyciem pakietu IBM SPSS Statistics 28. Porównań międzygrupowych dokonano za pomocą nieparametrycznego testu *U* Man-

na-Whitneya. Wielkość efektów obliczono, korzystając z rangowego współczynnika korelacji dwuseryjnej Glassa. Analizę korelacji przeprowadzono z zastosowaniem nieparametrycznego współczynnika ρ Spearmana. Efekty o wartości $<0,3$ były interpretowane jako słabe, efekty w przedziale $0,3-0,5$ jako przeciętne, a efekty $>0,5$ jako silne. Zastosowano również transformację Fishera estymatorów współczynnika korelacji oraz sprawdzono, czy współczynniki korelacji obliczone w poszczególnych grupach różnią się istotnie statystycznie.

W kolejnym kroku analizowano wyniki grupy badanej i grupy kontrolnej łącznie. Przed wykonaniem analizy regresji wielokrotnej przeprowadzono analizę rozkładu standaryzowanych reszt modelu pod kątem występowania wartości odstających, w której wyniku wykluczono jedną obserwację. Kolejna analiza potwierdziła, że dane nie zawierają wartości odstających (reszta standaryzowana min. = $-2,66$; reszta standaryzowana max. = $2,42$). Wartości reszt nie były ze sobą skorelowane (statystyka Durбина-Watsona = $2,24$). Na podstawie histogramu reszt standaryzowanych oraz normalnych wykresów prawdopodobieństwa potwierdzono, że rozkład reszt standaryzowanych był zbliżony do rozkładu normalnego. Rozkłady standaryzowanych wartości przewidywanych pozwoliły na potwierdzenie, że dane spełniały założenia homogeniczności wariancji.

Dane zostały również sprawdzone pod kątem wieloliniowości (VIF = $1,27-2,44$; Tolerancja = $0,41-0,79$). Niektóre zmienne ilościowe nie miały rozkładów zbliżonych do rozkładu normalnego, jednak wartości bezwzględne skośności i kurtozy wynosiły poniżej $2,00$ [23], dlatego uznano je za akceptowalne i wprowadzono do modeli regresji bez log-transformacji. Dopasowanie modelu sprawdzano na podstawie wartości skorygowanego r^2 .

Wyniki

Porównanie między badanymi grupami

W grupie badanej zaobserwowano więcej objawów zaburzeń związanych z seksualnością, w tym dysfunkcji seksualnych i zaburzeń preferencji seksualnych w porównaniu z grupą kontrolną. Wyższe było także nasilenie nieprawidłowych postaw żywieniowych oraz objawów lękowych i depresyjnych. W grupie badanej stwierdzono większe trudności w regulacji emocji, szczególnie w zakresie braku świadomości emocji i braku klarowności emocjonalnej, trudności w kontroli impulsów oraz ograniczonego dostępu do strategii regulacji emocji. Odnotowano też więcej nieadaptacyjnych przekonań żywieniowych we wszystkich badanych kategoriach, a jakość życia deklarowana w tej grupie zarówno w wymiarze fizycznym, jak i mentalnym była niższa niż w grupie kontrolnej (tab. 1).

Tabela 1. Porównanie między grupami w zakresie badanych zmiennych (AUDIT, EAT-26, HADS, SF-36, EBQ-18, KS, DERS)

	Grupa kontrolna (n = 51)			Grupa badana (n = 44)						
	M	SD	Me	M	SD	Me	U	Z	p	r
BMI	21,31	1,59	21,22	34,14	6,14	33,03	0,00	-8,37	<0,001	0,86
AUDIT	5,14	3,99	4,00	4,95	3,76	4,00	1096,00	-0,20	0,845	0,02
EAT-26	8,35	8,19	6,00	15,68	10,90	13,00	645,00	-3,57	<0,001	0,37
HADS										
Doświadczanie objawów lękowych	7,69	4,18	7,00	9,77	4,07	10,00	788,00	-2,50	0,012	0,26
Doświadczanie objawów depresji	4,10	4,03	3,00	8,09	4,31	9,00	545,00	-4,32	<0,001	0,44
SF-36										
Wymiar fizyczny jakości życia	16,06	13,29	11,00	25,89	16,09	22,50	699,00	-3,16	0,002	0,32
Wymiar mentalny jakości życia	25,30	12,91	22,00	35,75	13,77	33,00	638,00	-3,61	<0,001	0,37
Indeks jakości życia	49,67	24,45	43,00	73,22	29,52	67,00	594,50	-3,94	<0,001	0,40
EBQ-18										
Negatywne przekonania żywieniowe	11,20	4,78	10,00	17,34	6,38	17,00	494,00	-4,70	<0,001	0,48
Pozytywne przekonania żywieniowe	11,63	5,00	11,00	19,32	5,75	21,00	368,00	-5,64	<0,001	0,58
Permisywne przekonania żywieniowe	11,16	4,12	11,00	15,14	5,56	15,00	647,50	-3,55	<0,001	0,36
Wynik ogólny (nieadaptacyjne przekonania żywieniowe)	33,98	11,52	35,00	51,80	14,65	51,00	379,00	-5,55	<0,001	0,57
KS										
Objawy dysfunkcji seksualnych	4,76	4,40	4,00	7,05	4,61	6,00	785,00	-2,52	0,012	0,26
Objawy zaburzeń identyfikacji płciowej	3,55	1,25	4,00	3,80	1,36	4,00	967,00	-1,20	0,231	0,12

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Objawy zaburzeń preferencji seksualnych	0,73	1,40	0,00	2,36	3,04	1,00	735,00	-3,14	0,002	0,32
Objawy zaburzeń psychologicznych i zaburzeń zachowania związanych z rozwojem i orientacją seksualną	0,76	1,11	0,00	1,23	1,78	0,00	1015,00	-0,90	0,369	0,09
Wynik ogólny	6,25	5,42	4,00	10,82	7,70	10,50	704,50	-3,12	0,002	0,32
DERS										
Brak akceptacji reakcji emocjonalnych	15,92	6,53	15,00	18,39	7,27	17,50	898,00	-1,67	0,094	0,17
Trudność w angażowaniu się w celowe zachowania	17,65	4,44	18,00	18,57	4,96	20,00	963,00	-1,19	0,234	0,12
Brak świadomości emocji	11,75	4,07	11,00	13,82	4,75	13,00	813,00	-2,32	0,021	0,24
Trudności w kontroli impulsów	15,02	5,65	13,00	18,11	7,07	18,00	844,50	-2,07	0,038	0,21
Ograniczony dostęp do strategii regulacji emocjonalnej	22,37	8,00	21,00	25,59	7,67	27,00	840,50	-2,10	0,035	0,22
Brak klarowności emocjonalnej	10,78	4,55	10,00	13,91	5,23	13,00	695,50	-3,19	0,001	0,33
Wynik ogólny	5,14	3,99	88,00	108,39	26,36	113,00	739,50	-2,86	0,004	0,29

AUDIT – Test rozpoznawania problemów alkoholowych; EAT-26 – Test postaw wobec jedzenia; HADS – Szpitalna skala lęku i depresji; SF-36 – Kwestionariusz oceny jakości życia; EBQ-18 – Kwestionariusz przekonań dotyczących jedzenia; KS – Kwestionariusz seksuologiczny; DERS – Kwestionariusz trudności w regulacji emocji

Korelacje

W grupie badanej zaobserwowano szereg istotnych statystycznie korelacji między wynikiem dotyczącym łącznej liczby objawów deklarowanych w *Kwestionariuszu*

seksuologicznym (oraz wszystkimi czterema badanymi przez niego grupami zaburzeń i dysfunkcji seksualnych) a nasileniem spożywania alkoholu w sposób szkodliwy, nasileniem nieprawidłowych postaw wobec jedzenia i nieadaptacyjnych przekonań żywieniowych, poszczególnymi wymiarami jakości życia, nasileniem objawów lękowych i depresyjnych oraz trudnościami w regulacji emocji (tab. 2). Najwięcej istotnych korelacji stwierdzono w wypadku liczby objawów dysfunkcji seksualnych. W grupie kontrolnej odnotowano mniej istotnych statystycznie korelacji i dotyczyły one łącznej liczby objawów deklarowanych w *Kwestionariuszu seksuologicznym* oraz dwóch badanych przez niego grup zaburzeń i dysfunkcji seksualnych – objawów dysfunkcji seksualnych oraz objawów zaburzeń identyfikacji płciowej (tab. 3).

Porównanie współczynników korelacji w obu badanych grupach wykazało istotne statystycznie różnice w odniesieniu do związku: (a) między poziomem szkodliwego spożycia alkoholu a liczbą deklarowanych objawów zaburzeń preferencji seksualnych, (b) między trudnościami w angażowaniu się w celowe zachowania a objawami zaburzeń preferencji seksualnych oraz objawami zaburzeń psychologicznych i zaburzeń zachowania związanych z rozwojem i orientacją seksualną oraz (c) między liczbą deklarowanych objawów zaburzeń preferencji seksualnych a brakiem świadomości emocji. W każdym wypadku były to korelacje istotne statystycznie w grupie badanej, a nieistotne w grupie kontrolnej.

Tabela 2. Korelacje między wynikami Kwestionariusza seksuologicznego a wynikami pozostałych narzędzi (AUDIT, EAT-26, HADS, SF-36, EBQ-18 i DERS) w grupie badanej

	Objawy dysfunkcji seksualnych	Objawy zaburzeń identyfikacji płciowej	Objawy zaburzeń preferencji seksualnych	Objawy zaburzeń psychologicznych i zaburzeń zachowania związanych z rozwojem i orientacją seksualną	Wynik ogólny
BMI	0,112	-0,210	0,310*	0,062	0,170
AUDIT	0,307*	0,233	0,574***a	0,363*	0,466***
EAT-26	0,333*	0,112	0,136	-0,128	0,238
HADS					
Doświadczanie objawów lękowych	0,613***	0,295	0,333*	0,161	0,572***
Doświadczanie objawów depresji	0,398**	0,133	0,220	0,035	0,353*
SF-36					
Wymiar fizyczny jakości życia	0,426**	0,138	0,330*	0,049	0,442***
Wymiar mentalny jakości życia	0,452**	0,215	0,406**	0,099	0,488***
Indeks jakości życia	0,473***	0,164	0,424**	0,079	0,503***

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

EBQ-18					
Negatywne przekonania żywieniowe	0,363*	0,020	0,276	0,043	0,332*
Pozytywne przekonania żywieniowe	0,213	0,211	0,290	0,164	0,293
Permisywne przekonania żywieniowe	0,180	0,016	0,317*	0,091	0,210
Wynik ogólny (nieadaptacyjne przekonania żywieniowe)	0,317*	0,124	0,363*	0,159	0,353*
DERS					
Brak akceptacji reakcji emocjonalnych	0,444**	0,401**	0,295	0,110	0,421**
Trudność w angażowaniu się w celowe zachowania	0,426**	0,790***	0,437** ^a	0,410** ^a	0,501***
Brak świadomości emocji	0,224	-0,155	-0,300 ^a	-0,089	-0,013
Trudności w kontroli impulsów	0,364*	0,273	0,170	0,025	0,302*
Ograniczony dostęp do strategii regulacji emocjonalnej	0,598***	0,451**	0,356*	0,194	0,571***
Brak klarowności emocjonalnej	0,432**	0,348*	0,220	0,169	0,343*
Wynik ogólny	0,593***	0,449**	0,286	0,133	0,494***

AUDIT – Test rozpoznawania problemów alkoholowych; EAT-26 – Test postaw wobec jedzenia; HADS – Szpitalna skala lęku i depresji; SF-36 – Kwestionariusz oceny jakości życia; EBQ-18 – Kwestionariusz przekonań dotyczących jedzenia; KS – Kwestionariusz seksuologiczny; DERS – Kwestionariusz trudności w regulacji emocji.

^a – wartość współczynnika korelacji dla danych zmiennych różni się istotnie statystycznie od wartości tego współczynnika dla tych samych zmiennych w grupie kontrolnej na poziomie <0,05.

* – korelacja istotna na poziomie <0,05; ** – korelacja istotna na poziomie <0,01; *** – korelacja istotna na poziomie <0,001.

Tabela 3. Korelacje między wynikami Kwestionariusza seksuologicznego a wynikami pozostałych narzędzi (AUDIT, EAT-26, HADS, SF-36, EBQ-18 i DERS) w grupie kontrolnej

	Objawy dysfunkcji seksualnych	Objawy zaburzeń identyfikacji płciowej	Objawy zaburzeń preferencji seksualnych	Objawy zaburzeń psychologicznych i zaburzeń zachowania związanych z rozwojem i orientacją seksualną	Wynik ogólny
BMI	-0,076	-0,119	-0,008	-0,025	-0,010
AUDIT	0,277*	-0,169	0,113 ^a	0,121	0,277*
EAT-26	0,316*	0,056	0,085	0,188	0,324*
HADS					
Doświadczanie objawów lękowych	0,401**	0,324*	0,145	0,107	0,430**
Doświadczanie objawów depresji	0,472***	0,244	0,237	0,143	0,489***
SF-36					
Wymiar fizyczny jakości życia	0,407**	0,039	0,142	0,165	0,417**
Wymiar mentalny jakości życia	0,366**	0,383**	0,189	0,183	0,421**
Indeks jakości życia	0,477***	0,296*	0,199	0,191	0,503***
EBQ-18					
Negatywne przekonania żywieniowe	0,229	0,172	0,045	0,147	0,266
Pozytywne przekonania żywieniowe	0,309*	0,251	0,169	0,150	0,354*
Permisywne przekonania żywieniowe	0,109	0,253	-0,061	0,217	0,157
Wynik ogólny (nieadaptacyjne przekonania żywieniowe)	0,253	0,239	0,071	0,263	0,320*
DERS					

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Brak akceptacji reakcji emocjonalnych	0,224	0,594***	-0,084	-0,023	0,206
Trudność w angażowaniu się w celowe zachowania	0,230	0,890***	-0,070 ^a	-0,039 ^a	0,187
Brak świadomości emocji	0,207	0,032	0,133 ^a	0,076	0,194
Trudności w kontroli impulsów	0,132	0,291*	-0,034	0,198	0,158
Ograniczony dostęp do strategii regulacji emocjonalnej	0,461***	0,483***	0,184	0,143	0,482***
Brak klarowności emocjonalnej	0,283*	0,230	0,140	0,053	0,319*
Wynik ogólny	0,414**	0,603***	0,092	0,125	0,409**

AUDIT – Test rozpoznawania problemów alkoholowych; EAT-26 – Test postaw wobec jedzenia; HADS – Szpitalna skala lęku i depresji; SF-36 – Kwestionariusz oceny jakości życia; EBQ-18 – Kwestionariusz przekonań dotyczących jedzenia; KS – Kwestionariusz seksuologiczny; DERS – Kwestionariusz trudności w regulacji emocji.

^a – wartość współczynnika korelacji dla danych zmiennych różni się istotnie statystycznie od wartości tego współczynnika dla tych samych zmiennych w grupie badanej na poziomie <0,05.

* – korelacja istotna na poziomie <0,05; ** – korelacja istotna na poziomie <0,01; *** – korelacja istotna na poziomie <0,001.

Modele predykcyjne jakości życia

Analizę regresji wielokrotnej zastosowano, aby zweryfikować, czy liczba objawów zaburzeń związanych z seksualnością pozwoli przewidywać poziom jakości życia. Wyniki grupy badanej i grupy kontrolnej analizowano łącznie. Biorąc pod uwagę potwierdzony w literaturze przedmiotu [24] i w niniejszym badaniu związek nadmiernej masy ciała, wysokiego poziomu objawów lękowych, depresyjnych i nieprawidłowych postaw żywieniowych z jakością życia w dokonanej analizie statystycznej kontrolowano poziom tych zmiennych.

W modelu 1 status BMI (prawidłowe vs. wskazujące na nadwagę lub otyłość) istotnie przewidywał poziom jakości życia. W modelu 2 poziom objawów lękowych i poziom objawów depresyjnych stanowiły istotne predyktory jakości życia, podczas gdy efekt statusu BMI i nieprawidłowych postaw żywieniowych były nieistotne.

Z kolei w modelu 3, po dodaniu objawów zaburzeń związanych z seksualnością jako predyktora, wpływ poziomu objawów lękowych i depresyjnych pozostał istotny. Model 3 odznaczał się dobrym dopasowaniem do danych (tab. 4).

Tabela 4. Modele predykcyjne jakości życia

		B	SE	B	t	95% CI dla B	Skorygowany R ²	F
Model 1	Stała	49,67	3,78		13,13***	[42,15–57,18]	0,15	17,26***
	Status BMI	23,24	5,59	0,40	4,15***	[12,13–34,35]	$\Delta R^2 = 0,16$	$\Delta F = 17,26^{***}$
Model 2	Stała	16,77	4,27		3,92***	[8,28–25,26]	0,68	49,30***
	Status BMI	2,51	4,07	0,04	0,62	[-5,58–10,59]	$\Delta R^2 = 0,53$	$\Delta F = 50,66^{***}$
	HADS-lęk	2,26	0,59	0,33	3,83***	[1,09–3,44]		
	HADS-depresja	3,32	0,59	0,52	5,63***	[2,06–4,29]		
	EAT-wynik	0,23	0,18	0,08	1,24	[-0,29–0,43]		
Model 3	Stała	16,58	4,05		4,09***	[8,53–24,63]	0,71	46,14***
	Status BMI	0,78	3,89	0,01	0,21	[-6,93–8,53]	$\Delta R^2 = 0,04$	$\Delta F = 11,11^{***}$
	HADS-lęk	1,74	0,58	0,25	3,00**	[0,59–2,90]		
	HADS-depresja	3,17	0,56	0,25	5,67***	[2,06–4,29]		
	EAT-wynik	0,07	0,18	0,03	0,39	[-0,29–0,43]		
	KS-wynik	0,97	0,29	0,23	3,33***	[0,39–1,55]		

CI = przedział ufności.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Omówienie wyników

W opisywanym badaniu u kobiet z nadwagą i otyłością zaobserwowano wyższe nasilenie nieprawidłowych postaw żywieniowych, objawów lękowych i depresyjnych, co znajduje potwierdzenie w literaturze przedmiotu [25, 26]. Grupę tę charakteryzowały większe trudności w regulacji emocji niż w wypadku grupy kontrolnej, szczególnie w zakresie braku świadomości emocji i braku klarowności emocjonalnej, trudności w kontroli impulsów oraz ograniczonego dostępu do strategii regulacji emocji. Podobne wyniki uzyskano w innych badaniach (m.in. [8]), w których wskazywano jednocześnie na związki tych trudności z emocjonalnym jedzeniem [27]. W naszym badaniu u kobiet z nadwagą lub otyłością również stwierdzono więcej nieadaptacyjnych przekonań żywieniowych we wszystkich badanych kategoriach, w tym przyzwalających i pozytywnie oceniających nadmiarowe jedzenie. Z kolei jakość życia deklarowana w tej grupie zarówno w wymiarze fizycznym, jak i mentalnym była istotnie niższa niż w grupie kontrolnej, co jest spójne z doniesieniami innych autorów (m.in. [25, 28]).

Głównym celem niniejszego badania było porównanie obecności objawów zaburzeń związanych z seksualnością między kobietami z nadwagą lub otyłością a kobietami z BMI w normie. W grupie badanej odnotowano większą liczbę objawów zaburzeń związanych z seksualnością, w tym objawów dysfunkcji seksualnych oraz objawów zaburzeń preferencji seksualnych, w porównaniu z grupą kontrolną. Obserwacje te pokrywają się z wynikami wielu innych autorów, wskazujących na obecność u osób z otyłością szeregu dysfunkcji seksualnych (m.in. [28–30]) oraz niższą jakość życia seksualnego w tej grupie [31]. W badaniu Kadioglu i wsp. [32] częstotliwość występowania dysfunkcji seksualnych w grupie kobiet z otyłością nie okazała się większa niż w grupie kobiet z prawidłowym BMI, trzeba jednak zaznaczyć, że jego uczestniczki były w wieku przedmenopauzalnym i ich średni wiek był wyższy o ponad 10 lat od wieku kobiet w naszym badaniu. Według wiedzy autorów nie opublikowano dotąd innych doniesień, które oceniałyby obecność objawów zaburzeń preferencji seksualnych u osób z otyłością, zatem uwzględnienie występowania objawów tych zaburzeń w grupie osób z nadmierną masą ciała w niniejszym badaniu stanowi jego nowatorski aspekt.

Liczba objawów dysfunkcji seksualnych w grupie kobiet z nadwagą lub otyłością korelowała zarówno z nieadaptacyjnymi przekonaniami i postawami w zakresie żywienia oraz spożywaniem alkoholu, jak i nasileniem objawów depresyjnych i lękowych, a także z obecnością szeregu problemów w obszarze regulacji emocjonalnej. Wynik ten wydaje się intuicyjny, zważywszy na fakt, że obecność objawów dysfunkcji seksualnych ma związek i z czynnikami somatycznymi, które będąc konsekwencją wysokiego BMI, są jednocześnie przyczyną objawów dysfunkcji, i z czynnikami psychologicznymi. Negatywny obraz ciała oraz wynikająca z niego obawa przed intymnością mogą prowadzić do unikania kontaktów seksualnych, przeżywania w związku z nimi zwiększonego lęku, który z kolei ma negatywny wpływ na siłę popędu, zaburza reakcje genitalne, utrudnia lub uniemożliwia uzyskanie zaspokojenia seksualnego.

Co ciekawe, większość z tych korelacji zaobserwowano także w grupie kontrolnej, co sugeruje, że powyższe zmienne mogą stanowić czynniki ryzyka lub efekt objawów dysfunkcji seksualnych także niezależnie od wielkości masy ciała. Wyniki te są spójne z wynikami otrzymanymi przez Dunkley i Brotto [33], które zaobserwowały zależność między nieadaptacyjnymi postawami i przekonaniami żywieniowymi a obecnością dysfunkcji seksualnych w populacji nieklinicznej. Związek dysfunkcji seksualnych z depresją i z lękiem potwierdzają liczne doniesienia (m.in. [25, 34]). W kontekście spożywania alkoholu dostępne są prace, które wskazują, że jego większe ilości mogą stanowić czynnik ryzyka rozwoju dysfunkcji seksualnych u kobiet [35]. Dla niektórych zaś picie alkoholu to sposób na zmniejszenie zahamowań seksualnych [36]. Pomimo iż metaanaliza dokonana przez Allena i Walter [37] nie wykazała jednoznacznego związku między spożywaniem alkoholu a obecnością dysfunkcji seksualnych u kobiet – w przeciwieństwie do mężczyzn, zarówno w celu prewencji, jak i leczenia ewentualnych dysfunkcji seksualnych podkreśla się istotną dla obu płci rolę zdrowego stylu życia i zmiany nawyków (ograniczenia alkoholu, zwiększania aktywności fizycznej, wprowadzania zdrowej diety) [38].

W naszym badaniu u kobiet z nadwagą lub otyłością istotna dla większej liczby objawów zaburzeń związanych z seksualnością okazała się obecność negatywnych i permissywnych przekonań żywieniowych (związanych z brakiem możliwości kontrolowania własnego jedzenia oraz przyzwoleniem na rozpoczęcie lub kontynuację nadmiarowego jedzenia), a w wypadku kobiet z prawidłowym BMI – obecność pozytywnych przekonań żywieniowych (związanych z korzystną rolą jedzenia jako czynnika zmniejszającego poziom negatywnych emocji). U kobiet z nadwagą lub otyłością zaobserwowano także znacznie więcej istotnych korelacji między objawami dysfunkcji seksualnych a trudnościami w regulacji emocji (w 5 z 6 podskal) niż w grupie kontrolnej (w 1 z 6 podskal – „ograniczony dostęp do strategii regulacji emocji”). Wyniki te wydają się wpisywać w ugruntowaną teorię emocjonalnego jedzenia jako strategii radzenia sobie z negatywnymi emocjami [39], często poprzez wysokokaloryczne pożywienie czy alkohol, które kojarzą się pozytywnie jako sposób redukcji napięcia [40], co może się również łączyć z ograniczonym dostępem do innych strategii regulacji. W wypadku osób z nadwagą lub otyłością trudności w regulacji emocji jest jednak o wiele więcej, a obecność przekonań dotyczących braku możliwości kontroli i zasobów może sprawiać, że zarówno jedzenie, jak i alkohol stają się głównym sposobem radzenia sobie z tymi trudnościami, wtórnie zwiększając poziom masy ciała. Postawione hipotezy wymagają wszakże weryfikacji w kolejnych badaniach.

W kontekście objawów zaburzeń identyfikacji płciowej w obydwu badanych grupach zaobserwowano istotne związki, głównie z różnymi trudnościami w zakresie regulacji emocjonalnej. W obszarach objawów zaburzeń psychologicznych i zaburzeń zachowania związanych z rozwojem i orientacją seksualną oraz zaburzeń preferencji seksualnych istotne statystycznie korelacje stwierdzono jedynie w grupie kobiet z nadmierną masą ciała. W pierwszym z nich większa liczba objawów współwystępowała z większą trudnością w angażowaniu się w celowe zachowania oraz spożywaniem większej ilości alkoholu. Objawy zaburzeń preferencji seksualnych korelowały natomiast z BMI, nasileniem objawów lękowych, spożywaniem alkoholu, nieadaptacyjnymi przekonaniami żywieniowymi (głównie przekonaniami permissywnymi), ograniczonym dostępem do strategii regulacji emocjonalnej oraz trudnością w angażowaniu się w zachowania celowe. Uwagę zwraca istotna zależność między obecnością objawów zaburzeń preferencji seksualnych a niższą jakością życia w wymiarze mentalnym i fizycznym, co wskazuje na istotność tego obszaru, który – według wiedzy autorów – nie był dotychczas przedmiotem analiz w kontekście otyłości, podobnie jak pozostałe parametry wymienione w tym akapicie. Wspomniane korelacje mogą być pewnym tropem na drodze do próby wyjaśnienia obecności większej liczby objawów zaburzeń preferencji seksualnych w grupie badanej. Objawy te, wskazujące na angażowanie się w pozanormatywne zachowania seksualne, mogą bowiem być – podobnie jak trudności w regulacji emocji, trudności w kontroli impulsów oraz ograniczony dostęp do strategii regulacji emocji – zaburzeniami szeroko rozumianej sfery uczuciowej i popędowej. Większą liczbę objawów zaburzeń preferencji seksualnych u kobiet z nadmierną masą ciała oraz ich korelacje z nadmiernym spożyciem alkoholu i z permissywnymi przekonaniami żywieniowymi można również próbować wyjaśniać, odwołując się do podobieństw w zakresie zwiększonego zapotrzebowania na stymulację i przetwarzania

bodźców związanych z nagrodą. Badania wskazują, że u osób otyłych zwiększoną aktywację neuronalną podczas przetwarzania nagrody obserwuje się także przy braku bodźców związanych z jedzeniem [41]. Postawiona hipoteza wymaga jednak weryfikacji w przyszłych badaniach.

Ponieważ w obu badanych grupach większa liczba objawów zaburzeń związanych z seksualnością istotnie korelowała z gorszą jakością życia zarówno w wymiarze fizycznym, jak i mentalnym, postanowiono sprawdzić, czy wynik *Kwestionariusza seksuologicznego* umożliwia przewidywanie ogólnego poziomu jakości życia. Najlepszym dopasowaniem odznaczał się model, w którym istotnymi predyktorami jakości życia okazały się: poziom objawów depresyjnych, lękowych oraz liczba objawów zaburzeń związanych z seksualnością, wyjaśniający aż 71% wariancji. Analizując opisany model, można postawić wymagającą dalszej weryfikacji hipotezę, że być może istotne dla poziomu jakości życia nie jest samo nadmierne BMI, ale czynniki, które często mu towarzyszą, takie jak brak samoakceptacji, negatywne przekonania na temat swojej wagi, doświadczanie dyskryminacji czy wycofanie społeczne. Wiążą się one ze wzrostem objawów depresyjnych i lękowych [42] i mogą prowadzić do rozwoju dysfunkcji seksualnych [43], co z kolei mogłoby obniżać jakość życia. Warto zaznaczyć, że w wypadku nieadaptacyjnych strategii regulacji emocji, takich jak ich „zajadanie”, powyższe czynniki również mogą zwiększać ryzyko utrzymania lub dalszego zwiększania masy ciała. Spójne z tą hipotezą są wyniki uzyskane przez Lillisa i wsp. [44], którzy w badaniu podłużnym wykazali, że choć wyjściowy poziom samostygmatyzacji nie był związany z późniejszą redukcją BMI, to zmniejszenie w zakresie choćby jednego aspektu samostygmatyzacji i dewaluacji siebie łączyło się z większą utratą masy ciała. Związki między otyłością a funkcjonowaniem seksualnym i jakością życia są jednak wielowymiarowe i wieloaspektowe. Potwierdza to chociażby badanie Bonda i wsp. [45], w którym po 6 miesiącach od przejścia operacji bariatrycznej rozpoznane przed operacją u kobiet dysfunkcje seksualne ustąpiły w 68%, a funkcjonowanie seksualne uległo znacznej poprawie i było to niezależne od poziomu spadku masy ciała.

W niniejszym badaniu uwzględniono jedynie zmienne, które uznano za kluczowe dla objawów zaburzeń seksualnych, tym samym nie biorąc pod uwagę dodatkowych czynników, jakie mogą pośredniczyć w związku otyłości i zaburzeń łączących się z seksualnością, takich jak właśnie samostygmatyzacja, poziom samooceny, obraz ciała czy doświadczenie dyskryminacji [42, 46]. Niezbędne są więc dalsze badania ukierunkowane na pogłębienie wiedzy w analizowanych obszarach.

Wnioski

Kobiety z nadwagą lub otyłością wykazują większą liczbę objawów zaburzeń związanych z seksualnością (szczególnie dysfunkcji seksualnych oraz zaburzeń preferencji seksualnych) niż kobiety z prawidłową masą ciała. Objawy te korelują z trudnościami w innych obszarach funkcjonowania oraz stanowią istotny predyktor jakości życia. Potrzebne są dalsze badania pogłębiające rozumienie mechanizmów zaobserwowanych zależności.

Piśmiennictwo

1. World Health Organization. *WHO European Regional Obesity Report 2022*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/353747> (dostęp: 1.07.2023).
2. Hruby A, Manson JE, Qi L, Malik VS, Rimm EB, Sun Q i wsp. *Determinants and consequences of obesity*. *Am. J. Public Health* 2016; 106(9): 1656–1662.
3. World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, 2009. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44081> (dostęp: 1.07.2023).
4. Radoszewska J. *Problem otyłości w teoriach i badaniach psychologicznych*. *Nowiny Psychologiczne* 1994; 4: 101–111.
5. Fulton S, Décarie-Spain L, Fioramonti X, Guiard B, Nakajima S. *The menace of obesity to depression and anxiety prevalence*. *Trends Endocrinol. Metab.* 2022; 33(1): 18–35.
6. Da Luz FQ, Hay P, Touyz S, Sainsbury A. *Obesity with comorbid eating disorders: Associated health risks and treatment approaches*. *Nutrients* 2018; 10(7): 829.
7. Sahoo K, Sahoo B, Choudhury AK, Sofi NY, Kumar R, Bhadoria AS. *Childhood obesity: Causes and consequences*. *J. Family Med. Prim. Care* 2015; 4(2): 187.
8. Willem C, Gandolphe MC, Roussel M, Verkindt H, Pattou F, Nandrino JL. *Difficulties in emotion regulation and deficits in interoceptive awareness in moderate and severe obesity*. *Eat. Weight Disord.* 2019; 24(4): 633–644.
9. Hitt E. *Sexual quality of life improves with weight loss*. North American Association for the Study of Obesity 2005 Annual Scientific Meeting. Vancouver, Canada; 2005. <https://www.medscape.com/viewarticle/514800> (dostęp: 1.07.2023).
10. Assimakopoulos K, Panayiotopoulos S, Iconomou G, Karaivazoglou K, Matzaroglou C, Vagenas K i wsp. *Assessing sexual function in obese women preparing for bariatric surgery*. *Obes. Surg.* 2006; 16(8): 1087–1091.
11. Kogure GS, Ribeiro VB, Lopes IP, Furtado CLM, Kodato S, Sá de MFS i wsp. *Body image and its relationships with sexual functioning, anxiety, and depression in women with polycystic ovary syndrome*. *J. Affect. Disord.* 2019; 253: 385–393.
12. Flynn KE, Lin L, Bruner DW, Cyranowski JM, Hahn EA, Jeffery DD i wsp. *Sexual satisfaction and the importance of sexual health to quality of life throughout the life course of U.S. adults*. *J. Sex. Med.* 2016; 13(11): 1642–1650.
13. Malcher CMSR, Silva Gonçalves Oliveira da KR, Caldato MCF, Dos Santos Lobato BL, Silva Pedroso da J, Tubino Scanavino de M. *Sexual disorders and quality of life in Parkinson's disease*. *Sex. Med.* 2021; 9(1): 100280.
14. Nappi PRE, Cucinella L, Martella S, Rossi M, Tiranini L, Martini E. *Female sexual dysfunction (FSD): Prevalence and impact on quality of life (QoL)*. *Maturitas* 2016; 94: 87–91.
15. Thakurta R, Singh O, Bhattacharya A, Mallick A, Ray P, Sen S i wsp. *Nature of sexual dysfunctions in major depressive disorder and its impact on quality of life*. *Indian J. Psychol. Med.* 2012; 34(4): 365–370.
16. Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. *The eating attitudes test: Psychometric features and clinical correlates*. *Psycholog. Med.* 1982; 12(4): 871–878.
17. Burton AL, Mitchison D, Hay P, Donnelly B, Thornton C, Russell J i wsp. *Beliefs about binge eating: Psychometric properties of the Eating Beliefs Questionnaire (EBQ-18) in eating disorder, obese, and community samples*. *Nutrients* 2018; 10(9): 1306.
18. Zigmond AS, Snaith RP. *The hospital anxiety and depression scale*. *Acta Psychiatr. Scand.* 1983; 67(6): 361–370.

19. World Health Organization, Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. *AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care*, 2nd ed. World Health Organization; 2001.
20. Kokoszka A, Czernikiewicz W, Radzio R, Jodko A. *Kwestionariusz Seksuologiczny – narzędzie do badań przesiewowych: założenia i trafność*. Psychiatr. Pol. 2011; 45(2): 235–244.
21. Tylka J, Piotrowicz R. *Quality of life SF-36 questionnaire – The Polish version*. Kardiol. Pol. 2009; 67(10): 1166–1169.
22. Gratz KL, Roemer L. *Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale*. J. Psychopathol. Behav. Assess. 2004; 26(1): 41–54.
23. George D, Mallery P. *IBM SPSS statistics 23 step by step: A simple guide and reference*. New York: Routledge; 2016.
24. Kolotkin RL, Andersen JR. *A systematic review of reviews: Exploring the relationship between obesity, weight loss and health-related quality of life*. Clinical Obesity 2017; 7(5): 273–289.
25. Esfahani SB, Pal S. *Obesity, mental health, and sexual dysfunction: A critical review*. Health Psychol. Open 2018; 5(2): 205510291878686.
26. McCrea RL, Berger YG, King MB. *Body mass index and common mental disorders: Exploring the shape of the association and its moderation by age, gender and education*. Int. J. Obes. 2011; 36(3): 414–421.
27. Zijlstra H, Middendorp van H, Devaere L, Larsen JK, Ramshorst van B, Geenen R. *Emotion processing and regulation in women with morbid obesity who apply for bariatric surgery*. Psychol. Health 2012; 27(12): 1375–1387.
28. Sarwer DB, Hanson AJ, Voeller J, Steffen K. *Obesity and sexual functioning*. Curr. Obes. Rep. 2018; 7(4): 301–307.
29. Moore RH, Sarwer DB, Lavenberg JA, Lane IB, Evans JL, Volger S i wsp. *Relationship between sexual function and quality of life in obese persons seeking weight reduction*. Obesity (Silver Spring) 2013; 21(10): 1966–1974.
30. Steffen KJ, King WC, White GE, Subak LL, Mitchell JE, Courcoulas AP i wsp. *Sexual functioning of men and women with severe obesity before bariatric surgery*. Surg. Obes. Relat. Dis. 2016; 13(2): 334–343.
31. Kolotkin RL, Binks M, Crosby RD, Østbye T, Gress RE, Adams TD. *Obesity and sexual quality of life*. Obesity 2006; 14(3): 472–479.
32. Kadioglu P, Yetkin DO, Sanli O, Yalin AS, Onem K, Kadioglu A. *Obesity might not be a risk factor for female sexual dysfunction*. BJU International 2010; 106(9): 1357–1361.
33. Dunkley CR, Brotto LA. *Disordered eating and body dissatisfaction associated with sexual concerns in undergraduate women*. J. Sex. Marital. Ther. 2021; 47(5): 460–480.
34. Basson R, Gilks T. *Women's sexual dysfunction associated with psychiatric disorders and their treatment*. Womens Health (Lond.). 2018; 14: 1745506518762664.
35. Amidu N, Owiredu WK, Woode E, Addai-Mensah O, Quaye L, Alhassan A i wsp. *Incidence of sexual dysfunction: A prospective survey in Ghanaian females*. Reprod. Biol. Endocrinol. 2010; 8: 106.
36. Beckman LJ, Ackerman KT. *Women, alcohol, and sexuality*. Recent Dev. Alcohol. 2002; 12: 267–285.
37. Allen MS, Walter EE. *Health-related lifestyle factors and sexual dysfunction: A meta-analysis of population-based research*. J. Sex Med. 2018; 15(4): 458–475.

38. Esposito K, Giugliano F, Ciotola M, De Sio M, D'Armiento M, Giugliano D. *Obesity and sexual dysfunction, male and female*. Int. J. Impot. Res. 2008; 20(4): 358–365.
39. Bruch H. *Psychological aspects in overeating and obesity*. Psychosomatics 1964; 5: 269–274.
40. Meier PS, Warde A, Holmes J. *All drinking is not equal: How a social practice theory lens could enhance public health research on alcohol and other health behaviours*. Addiction 2017; 113(2): 206–213.
41. Opel N, Redlich R, Grotegerd D, Dohm K, Hauptenthal C, Heindel W i wsp. *Enhanced neural responsiveness to reward associated with obesity in the absence of food-related stimuli*. Hum. Brain Mapp. 2015; 36(6): 2330–2337.
42. Phelan SM, Burgess DJ, Puhl RM, Dyrbye LN, Dovidio JF, Yeazel M i wsp. *The adverse effect of weight stigma on the well-being of medical students with overweight or obesity: Findings from a national survey*. J. Gen. Intern. Med. 2015; 30(9): 1251–1258.
43. Zemishlany Z, Weizman A. *The impact of mental illness on sexual dysfunction*. W: Balon R. red. *Sexual dysfunction. The brain-body connection*. Serie: Advances in Psychosomatic Medicine, vol. 29; 2008. S. 89–106.
44. Lillis J, Thomas JG, Olson KL, Wing RR. *Weight self-stigma and weight loss during behavioral weight loss intervention*. Obes. Sci. Pract. 2018; 5(1): 21–27.
45. Bond DS, Wing RR, Vithiananthan S, Sax HC, Roye GD, Ryder BA i wsp. *Significant resolution of female sexual dysfunction after bariatric surgery*. Surg. Obes. Relat. Dis. 2011; 7(1): 1–7.
46. Hill AJ. *Obesity in children and the “Myth of Psychological Maladjustment”*: Self-esteem in the spotlight. Curr. Obes. Rep. 2017; 6(1): 63–70.

Adres: Emilia Kot
Klinika Nerwic, Zaburzeń Osobowości i Odżywiania
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
e-mail: emilia.magdalena.kot@gmail.com

Otrzymano: 15.09.2022
Zrecenzowano: 3.01.2023
Otrzymano po poprawie: 3.02.2023
Przyjęto do druku: 20.03.2023